

<記載例・・・様式1(請求書)>

様式1-1
(札幌市提出用)
(2025.4.1版)

大腸がん検診請求書

(あて先) 札幌市長
下記の通り請求します。

※この様式は3枚綴りとなっています。
札幌市には上から2枚(様式1-1と様式1-2)を提出してください。
一番下の様式1-3は医療機関控えです。

捨印
理事長の印

必ず請求印と同じ印鑑を押してください。

2025年 5 月 8 日

記

20 2 5 年 4 月分

区 分	受 診 者 数	単 価 (税込)	金 額
一 般	3 人	847円	(ア) 2,541円
免 除	1 人	1,247円	(イ) 1,247円
請 求 事 務 手 数 料	4 人 (受診者総数)	220円	(ウ) 880円
(ア)～(ウ)の合計		千 万 百 万 十 万 万 千 百 十 一 4 6 6 8	円

任意の4桁までの番号を連番に印字することができます。
例1)「1234」と記入した場合は「1234 サツボロシ」と印字されます。
例2)全て空白の場合は「0000 サツボロシ」と印字されます。

請求番号 1234

医療機関コード (右詰で記載) 1234567

郵便番号 060-0002 札幌市中央区北2条西1丁目1-7

医療機関名 医療法人社団 札幌ウェルネス病院

氏 名 理事長 札幌 太郎

請求印

理事長の印

※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明でない場合、余白に再度押印してください。

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関 銀行 健康 信金 信組 札幌

●債権者住所氏名欄……法人にあっては法人名、代表者氏名を記入し、請求印を鮮明に押印してください。
※法人であって代表者名義(理事長など)以外の口座に振り込みを希望する場合は、別途手続きが必要となります。

預金種目 1 普通 口座番号 9876543

※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明でない場合、余白に再度押印してください。

合計金額欄は訂正できません。
誤りがある場合は、再度作成し直してください。
合計金額の前に、間を空けず¥マークを記入してください。

法人の場合の請求権者は原則「理事長」となります。
院長口座振込をご希望の場合は、別途、委任状が必要となりますので、お問合せください。
なお、シャチハタ印は使用できません。

※請求印及び捨印は「にじまない程度に、鮮明に」押印してください。

<請求先>

〒060-0002 札幌市中央区北2条西1丁目1-7 ORE札幌ビル7階
札幌市保健福祉局ウェルネス推進部 ウェルネス推進課 がん検診担当 Tel211-3514 fax 211-3521

<問い合わせ>

ご不明な点がありましたら上記のがん検診担当までご連絡ください。
請求用紙等のご注文は、FAXにより受付しています。(注文用紙は22頁)

<記載例・・・様式2 (検診票兼請求明細書)>

様式2-1

(医療機関控)
(2025.4.1版)

大腸がん検診票兼請求明細書

検診実施日: 2025年4月16日

医療機関所在地 札幌市中央区北2条西1丁目

名称 医療法人社団 札幌ウェルネス

氏名 理事長 札幌 太郎

※この様式は2枚綴りとなっています。
札幌市には2枚目(様式2-2)を提出してください。
1枚目様式2-1は医療機関控えです。

注: 濁点は1文字として使用

(例: 「バ」は「ハ」と「」を別々の枠に記入)

姓 名
カタカナ フリガナ
オ オ ト オ リ カ ス オ
漢字 氏名
大通 一男

性別 ☒ 男 ☐ 女
生年 月 日
☐ 明 ☐ 大 ☒ 昭 60 歳
40 年 4 月 1 日生

住 所 札幌市 中央 区 北1条西2丁目

TEL 011-123-4567

便を取った日 1回目2025年 4月 15日

2回目2025年 4月 16日

1 次の症状についておたずねします。

- ① 最近、便に血がついたり、混じったりしたことがありますか。
ある () 月頃から () ない () わからない
- ② 最近、便秘や下痢ぎみですか。
() はい () 便秘・下痢 () 3月頃から 2回/日 () いいえ
- ③ 最近、便秘と下痢を繰り返すことがありますか。
ある () 月頃から () ない ()
- ④ 最近、便が細くなったように思いますか。
はい () 月頃から () いいえ ()
- ⑤ 最近、食後、空腹時、排便の前後にお腹が痛んだり、はったりしますか。
はい () 月頃から () いいえ ()
- ⑥ 痔(じ)疾患はありますか。
ある () ない ()
- ⑦ 今までに胃か腸の病気をしたことがありますか。
() ある () 32歳 胃潰瘍 () ない ()

2 血のつながりのある方で大腸がん等にかかった人がありますか。

ある () 祖父・祖母・父・母・兄弟・姉妹 () ない ()
() 大腸がん・大腸ポリープ・その他 ()

3 今までに大腸がん検診(検査)を受けたことがありますか。

() ある () ない ()
いつ : 2024年 4月頃
どこで : () 医療機関 () 対がん協会・その他 ()
検査項目 : () 便潜血検査 () 精密検査(全大腸内視鏡)・S状結腸内視鏡・注腸X線・生検・その他・不明 ()
検査結果 : () 異常無し () 異常あり ()

4 あなたは現在喫煙をしていますか? ① 喫煙している ② 禁煙した ③ 喫煙したことがない

※医療機関記入欄(下欄の該当部分□に✓印をしてください)

検査結果

1回目 () () () 2回目 () () ()

☐ 精検不要

☒ 要精検

請求区分

☐ 一般

☒ 免除

☒ 非課税

☒ 課税証明書で確認

☐ 介護保険料納入(特別徴収決定・変更・停止)通知書で確認

→(第 段階 被保険者番号)

☐ 生活保護世帯、中国残留邦人等支援給付世帯

☐ 65~69歳の後期高齢者医療被保険者→(保険者番号)

☐ 70歳以上

診断者氏名 札幌 太郎

受診者負担額が免除になるのは、40歳以上の次の方です。(詳細は2頁)

- (1)70歳以上の方
- (2)市・道民税非課税世帯に属する方
- (3)65歳~69歳の後期高齢者医療被保険者
- (4)生活保護世帯に属する方
- (5)中国在留邦人等支援給付世帯に属する方

がん検診の精度管理に影響
しますので、「検査結果」は
正確にご記入願います。

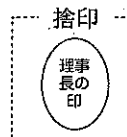
様式3-1

(札幌市提出用)
(2025.4.1 版)

大腸がん検診精検結果連絡費請求書

(あて先) 札幌市長

下記のとおり請求します。



2025 年 5 月 8 日

記

大腸がん検診精検結果判明 20 年 月分

※この様式は3枚綴りとなっています。
札幌市には上から2枚(様式3-1と様式3-2)を提出してください。
一番下の様式3-3は医療機関控えです。

区 分	人 員
精 検 結 果	
A 異 常 認 め ず	3 人
B が ん で あ っ た 者	人
C が ん の 疑 い の あ る 者 又 は 未 確 定	人
D 腺 腫 の あ っ た 者	人
E が ん 以 外 の 疾 患 で あ っ た 者	1 人
合 計	4 人

十 万 万 千 百 十 一
× 220円 = 円 8 8 0

任意の4桁までの番号を連続に印字することができます。
例1) 「1234」と記入した場合は「1234サツボロシ」と印字されます。
例2) 全て空白の場合は「0000サツボロシ」と印字されます。

請求番号

医療機関コード (右詰で記載)

※合計金額(上部)の訂正・書き直し等はできません。
※合計金額の前に間を空けず半角マークを記入してください。

郵便番号 060-0002

電話番号 111-2222

請 求 印

住 所 札幌市中央区北2条西1丁目1-7

医療機関名 医療法人社団 札幌ウェルネス病院

氏 名 理事長 札幌 太郎



※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明ではない場合、余白に再度押印してください。

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関

健康 札幌

本店 預金種目 口座番号
支店 普通 2 当 座
出張所

◎合 計 金 額 欄……金額の訂正はできません。

◎債権者住所氏名欄……法人にあっては法人名、代表者氏名を記入し、請求印を鮮明に押印してください。
※法人であって代表者名義(理事長など)以外の口座に振込を希望する場合は、別途手続きが必要となります。

◎請求印・捨印欄……シャチハタ印は使用できません。

<記載例・・・様式4 (精検結果連絡票)>

様式4-1

(精検実施医療機関控)
(2025.4.1版)

精密検査担当の先生へのお願い

この方は、下記のとおり大腸がん検診において、精密検査が必要となりました。

お手数おかけいたしますが精密検査の結果を以下の連絡票にご記入のうえ、3枚複写のうち下2枚を下記の医療機関あてに別添封筒にてご返送くださいますようお願い申し上げます。

※ 札幌市の検診精度管理上、要精検者の把握を必要としますので、必ずご返送をお願いします。

大腸がん検診精検結果連絡票

1 検査年月日

2025 年 4 月 22 日

2 精密検査結果

2.1 結果区分 (必ず記入してください。)

- ☐ A 異常認めず
- ☒ B がんであった者
- ☒ うち早期がん
- ☐ うち粘膜内のがん
- ☐ C がんの疑いのある者又は未確定
- ☐ D 腺腫のあった者
- ☐ 10mm以上
- ☐ 10mm未満
- ☐ E がん以外の疾患であった者
- ☐ 痔疾患 ☐ その他

2.2 検査方法 (必ず記入してください。)

- ☒ 全大腸内視鏡
- ☐ S状結腸内視鏡+注腸X線
- ☐ 注腸X線 ☐ 便潜血検査のみ
- ☐ その他 ☐ 不明

2.3 指 示

- (1) 通院治療
- (2) 入院治療 (3) 手術
- (福祉 病院紹介)
- (4) 経過観察 () カ月後
- (5) その他

2.4 備 考

医療機関名 日本病院
住所 中央区大通西1丁目
TEL 111-1111
医 師 名 北海道 一 郎

記

【返送先】

一次検診結果 (以下、一次医療機関記載)

一次検診実施

一次検診実施機関 精検結果把握日: 20 25 年 4 月 25 日 ※1

医療機関名 医療法人社団 札幌ウェルネス病院

一次検診実施日: 20 25 年 4 月 15 日 ※2

住所 札幌市中央区北2条西1丁目1-7

電話 111-2222

医師名 札幌 太郎

注: 濁点は1文字として使用

(例: 「バ」は「ハ」と「^」を別々の枠に記入)

姓 名
カタカナ フリガナ
オ オ ト オ リ カ ス オ
漢 字 氏 名 大 通 一 男

性別 ☒ 男 ☐ 女
生 年 月 日
☐ 明 ☐ 大 ☒ 昭 60 歳
40 年 4 月 1 日生

住 所 札幌市 中央 区 北1条西2丁目

TEL 011-123-4567

便潜血検査

1回目 (+ -) 2回目 (+ -)

所見 便潜血陽性

※1 ☐ (太線枠内) は精検終了後、精検実施医療機関より結果が送付された際に、ご記載ください。

※2 検診実施日には、一次検診の明細書の検診実施日と同じ日付をご記載ください。

<様式 5 (偶発症発生報告書)>

様式 5

偶発症発生報告書

検査実施日：20□□年□□月□□日		医療機関名	
結果判明日：20□□年□□月□□日		住所	
注：濁点は1文字として使用 （例：「バ」は「ハ」と「ㇿ」を別々の枠に記入）		電話	
		医師名	
姓	名	性別	☐ 男 ☐ 女
フリガナ		生年	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平
漢字		月	☐ ☐
氏名		年	☐ ☐
		月	☐ ☐
		日	☐ ☐
住所	札幌市	区	TEL

【発生状況】

一次検診種類	☐ 胃がん検診（ ☐ 胃部エックス線 ☐ 経口内視鏡 ☐ 経鼻内視鏡） ☐ 大腸がん検診 ☐ 子宮がん検診（ ☐ 頸部 ☐ 体部） ☐ 乳がん検診（ ☐ マンモグラフィ検査 ☐ 超音波検査） ☐ 肺がん検診
	☐ 胃がんリスク判定 ☐ 前立腺がん検査（P S A検査）
発生時点	☐ 一次検診の検診中又は検診後 ☐ 二次精検の精検中又は精検後 二次精検の検査方法（ ）
発症部位	
偶発症の種類	
重症度	☐ 入院 ☐ 死亡
入院医療機関	
発生時の状況	

年 月 日

様

大腸がん検診結果通知書

先日、あなたが当院で受けられたがん検診の結果について下記のとおりお知らせします。

記

- 1 精密検査不要：異常は認められませんでした。また、1年後にお受けください。
- 2 要精密検査：下記の病気の疑いがありますので、お早めにご来院ください。

「要精密検査」と判定された場合には必ず精密検査を受けてください。

医療機関名

検診等の請求に関わる事項の変更届

年 月 日

(あて先) 札 幌 市 長

所 在 地

医 療 機 関 名 称

代 表 者 氏 名

印

下記の事項に変更がありましたので、お届けします。

変 更 事 項	新	旧	変更年月日
医 療 機 関 コー ド			
所 在 地			
(フリガナ) 医 療 機 関 名 称			
電 話 番 号	Tel —	Tel —	
(フリガナ) 代 表 者 氏 名			
金 融 機 関 名			
支 店 名			
預 金 種 目	1. 普通 2. 当座	1. 普通 2. 当座	
□ 座 番 号			
(フリガナ) □ 座 名 義 名			

- ※① □座名義名は、通帳記載の名義を一字一句、正確に記載してください。
- ※② □座名義名と医療機関名称や代表者氏名が異なる場合は、別途、委任状が必要になる場合があります。
- ※③ 不明な点については、札幌市保健福祉局ウェルネス推進部ウェルネス推進課(Tel211-3514)までお問い合わせください。

〈令和7年度〉

札幌市保健福祉局ウェルネス推進部ウェルネス推進課

がん検診担当 行

FAX(011)211-3521

年 月 日

医 療 機 関 名		
住 所	〒 - 区	
電話番号及び担当者名	電話番号 -	担当者名

必要数を記入してください。

○胃がん検診及び胃がんリスク判定

名 称	必要数	名 称	必要数
胃がん検診請求書(20組綴)	冊	胃がん検診票兼請求明細書(50組綴)	冊
胃がん検診精検・ピロリ菌検査結果連絡費請求書(20組綴)	冊	胃がん検診精検結果連絡票(30組綴)	冊
胃がん検診(ピロリ菌検査・除菌結果)連絡票(30組綴)	冊	胃内視鏡検査実施説明書兼同意書	枚
胃がんリスク判定請求書(20組綴)	冊	胃がんリスク判定票兼請求明細書(20組綴)	冊
胃がんリスク判定説明書兼同意書	枚	「ピロリ菌検査のご案内」チラシ	枚
ピロリ菌検査等担当医師様封筒	枚	ピロリ菌検査結果等在中 封筒	枚

○大腸がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
大腸がん検診請求書(20組綴)	冊	大腸がん検診票兼請求明細書(50組綴)	冊
大腸がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	大腸がん検診精検結果連絡票(30組綴)	冊

○乳がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
乳がん検診請求書(20組綴)	冊	乳がん検診票兼請求明細書(100組綴)	冊
乳がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	乳がん検診精検結果連絡票(30組綴)	冊
乳がん超音波検査の実施に係る利益と不利益に関する説明書兼同意書	枚		

○子宮がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
子宮がん検診請求書(20組綴)	冊	子宮がん検診票兼請求明細書(100組綴)	冊
子宮がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	子宮がん検診精検結果連絡票(30組綴)	冊

○前立腺がん検査

名 称	必要数	名 称	必要数
前立腺がん検査請求書(20組綴)	冊	前立腺がん検査票兼請求明細書(30組綴)	冊
前立腺がん検査精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	前立腺がん検査精検結果連絡票(30組綴)	冊
前立腺がん検査(PSA検査)に係る利益と不利益に関する説明書兼同意書	枚		

○その他必要書類

名 称	必要数	名 称	必要数
「札幌市がん検診のご案内」チラシ	枚	精検結果在中 封筒	枚
精密検査担当医師様 封筒	枚	「札幌市がん検診を受診される方へのお知らせ」チラシ(受診者への説明文)	枚
「スーナ先生の喫煙防止禁煙・卒煙講座」パンフレット	冊	子宮がん検診・乳がん検診のご案内チラシ	枚

備 考